ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 13/02/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 1414

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.300

TERCERO: 57292533 - PEREIRA SOLANO ALIDES VIVIANA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 1082

VALOR: $ 4,000,000.00

CUATRO MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	4,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	1082		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

PARA: AURA STELLA DAZA PEÑA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20241082	ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de marzo de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20241082 DE 2024.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	PEREIRA SOLANO ALIDES VIVIANA
VALOR:	4.000.000
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CRP N°	**1414** DEL 13 DE FREBERO 2024
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2024.

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA**, Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermeria, quien actúa como Supervisor del contrato **No CD20241082,** y por la **PEREIRA SOLANO ALIDES VIVIANA** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, 13 DE FREBERO 2024.

Supervisor

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C N° 36541888

Contratista

PEREIRA SOLANO ALIDES VIVIANA
C.C. N° 57292533

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO
CON C.C Nº 57,292,533

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERNERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241082		DE FECHA			13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:			$1.812.500
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 2	Nº CRP:	1410	N° CDP:		300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/02/2024			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA	N/A	CRP DE LA	N/A	TIEMPO	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue mi turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención en enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológica, psicológicas y sociales.
3	Ejecuté rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asisitir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar nopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñorenas, signos, patos cada vez que sea necesario).
4	Realicé ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden de la enfermera.
5	Realicé las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervición de la enfermera.
6	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
7	Apoyé a la enfermera en marcar el rótulo en la hora de instalar el medicamento.
8	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, etc. U otro procedimiento)
9	Realicé seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
10	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
11	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
12	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o área asignada de la E. S. E.
13	Tuve comunicación las 24 horas del día para la fácil localización en casos de urgencias, para lo cual certifique mi número de teléfono.
14	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
15	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, apropiación de procesos de inducción y re inducción.
16	Realicé notas de enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentarios.
17	Informé al profesional especializado de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
18	Informé las fallas de material y equipo de servicios.
19	Participé en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcioné orientación al paciente y al familiar.
20	Realicé asepcia general semanal y diaria cuenado egrese al paciente, registré en el formato correspondiente.
21	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efecos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
22	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de
23	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencié correctamente los formatos requeridos en los servicios.
24	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.
25	Me adherí a los protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.
27	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
28	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.
29	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.
30	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
31	Asistí a la ronda médica y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos.
32	Bajo la Resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 cumplir el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E. S. E.
33	Garanticè la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y laborales propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E. S. E.
34	Respoder por los daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
35	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocacionen trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosa de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
36	Garanticè que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se denen ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E. S. E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad
37	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
38	Realice la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de vitrinas.
39	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a la contratación definida por parts con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).
40	Arregle a cadáver y entregué al familiar todas las pertenecis del paciente fallecido.
41	Preparè al paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diganosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros.
42	Lleve el registro de verificacion de los paientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeo).
43	Verifiquè que estaba diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
44	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
45	Preparè el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
46	Actualicè el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
47	Controlè las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).

Powered by CamScanner

48	Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc.
49	Recibí al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifiqué que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente est e afectado en la zona de inserción, verificar
51	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifique que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
52	Respondí por las daños y perjuicios en salud que se le generaron a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
53	El valor mensual facturado dependió de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
54	Reportá inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
55	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
56	Realicé todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.
57	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
58	Realicé procesos de esterilización del instrumenal, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamieto de este y el cumplimiento de los registros específicos.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4537349798		SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUAL SER	27/02/2024	162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	27/02/2024	208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/02/2024	31,700

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.

VII. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO C.C. 57.292.533

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29-02-2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO

CON C.C Nº 57.292.533

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERNERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241082		DE FECHA		13-02-2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$1.812.500
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE DOS	Nº CRP:	1414	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13-02-2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4537349798	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE FEBRERO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO SE DESCUENTA 1 DÍA SIN JUSTIFICACIÓN Y 1 DÍA DE INCAPACIDAD $187.500

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº 1 (UNO) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57292533
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE	TELÉFONO:	5777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4537349798			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	19						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/02/27			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997800175

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 0	$ 208.000	$ 3.600	$ 211.600
SUBTOTALES:										**$ 208.600**	**$ 3.600**	**$ 211.600**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 162.500	$ 2.800	$ 0	$ 165.300
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 165.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 600	$ 0	$ 32.300
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 32.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 57292533	PEREIRA SOLANO ALIDES VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 57292533	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 409.200

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO			CC:	57292533
				RUT:	57292533-7
CORREO ELECTRÓNICO:	alidesvivianapeso@gmail.com			TELÉFONO DE CONTACTO:3008858868	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 32 # 10-16 MANZANARES			CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO [x] COMÚN [ ]	¿DECLARANTE DE RENTA?	NO	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR?	
¿PERSONAS A CARGO?	3	¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?	NO		
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?	NO	¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO			
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CTA.:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488415212817

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD20241082	Nº RP:	1414	Nº CDP: 300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024	VALOR DEL CONTRATO:4.000.000
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERNERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
Nº RP: (ADICIÓN)	NO				
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE FEBRERO 2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 1.812.500 DESCONTAR DÍA Y MEDIO	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL			ENERO	IBC: 1.300.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD		$ 162,500	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: 208.000	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	$ 31,700	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL : $ 402.200	

Firma del Contratista

ALIDES VIVIANA PEREIRA SOLANO

CC. 5.7292.533

Powered by CamScanner